مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ بهار ۱۴۰۱/ ۲۴-۱۳

مقاله پژوهشی
(Original paper)

اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده زنان مبتلا به درد مزمن

سید مجتبی عقیلی[1*]، منیره سبحانی فرد[2]، آرزو اصغری[3]، میترا نمازی[4]

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران، dr_aghili1398@yahoo.com، ۰۰۰-۰۰۲-۰۵۲۳-۲۹۸۱

۲- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران، Sobhanifard_m2021@gmail.com ، ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۴۱۵-۳۷۵

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران، azasghari@gmail.com، ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۰۱۱-۰۶۹۹

۴- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران، mitra_namazi@yahoo.com، ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۲۳۵-۳۱۲۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، وابستگی به مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی در جوامع به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده زنان معتاد مبتلا به درد مزمن انجام شد.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر به روش تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری (۶۵ نفر) شامل تمامی زنان معتاد به شیشه مقیم در کمپ رو به فردا شهرستان آزادشهر در شش ماه اول سال ۱۳۹۷ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه حساسیت اضطرابی، استرس ادراک شده، و درد مزمن بود. ۱۲ جلسه طرحواره درمانی بر گروه آزمایش اجرا شد؛ ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره، آزمون یکسانی واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های آماری نشان داد که میانگین حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش قبل از مداخله ۳۲/۶۶±۱۰/۳۳ و بعد از مداخله ۲۴/۰۶±۵/۶۴ بود؛ استرس ادراک شده قبل از مداخله ۱۰/۹۳±۳/۶۱ و بعد از مداخله ۵/۲۶±۱/۷۵ بود و میانگین درد مزمن قبل از مداخله ۸/۹۳±۳/۴۱ و بعد از مداخله ۵/۳۳±۱/۲۴ بود که از لحاظ آماری، این اختلاف بین متغیرهای پژوهش معنادار بود ($p<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی منجر به کاهش حساسیت اضطرابی، استرس ادراک شده، و درد مزمن در زنان معتاد مبتلا به درد مزمن می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، اعتیاد، درد مزمن، اضطراب، اختلالات استرس

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

مصرف مواد مخدر یک بیماری مزمن و عودکننده است (۱). امروزه، وابستگی به مواد یکی از مهمترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی در جوامع به شمار می‌رود. افراد زیادی در طول زندگی از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند و هر ساله تعداد بسیاری از افراد وابسته به مواد از طریق پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم مصرف مواد، جان خود را از دست می‌دهند (۲). زنان جامعه نیز به عنوان نیمی از جمعیت کشور به صورت بالقوه در معرض ابتلا به اعتیاد قرار دارند. هر چند بر اساس شواهد، دامنه شیوع و گسترش مواد مخدر همواره و در همه جوامع بیشتر دامن‌گیر مردان بوده است (۳)، اما به نظر می‌رسد در طول سال‌های اخیر دامنه آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر با وسعت بیشتری در میان جمعیت زنان کشور گسترش یافته است. امروزه، با یکسان شدن نقش زنان و مردان در پدیده‌های اجتماعی و اشتغال به کار زنان در بیرون از خانه باعث شده است که زنان همانند مردان تحت تأثیر پدیده‌های اجتماعی از جمله اعتیاد قرار بگیرند (۴). مطالعات متعددی در مورد اعتیاد به مواد مخدر انجام شده است، اما نگاه ویژه کمتری به زنان و مواد مخدر صنعتی از جمله اعتیاد به شیشه داشته‌اند (۵). هرچند، شیوع اختلال مصرف مواد در زنان کمتر از مردان گزارش شده است، ولی سرعت سیر و وابستگی در آنها سریع‌تر است و امروزه به یک تهدید جدی رو به رشد تبدیل شده است (۶). بر چسب اعتیاد (Addiction) بر روی زنان موجب می‌شود که فرصت-های تحصیلی، اشتغال، و تغییر محیط زندگی از آن‌ها گرفته شوند. زنان معتاد به مواد بیش از مردان همتای خود، مورد بدرفتاری جامعه قرار می‌گیرند و حمایت-های اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند (۷). یکی از انگیزه‌هایی که باعث سوء مصرف مواد در افراد می-شود، کاهش برانگیختگی، ترس، و اثرات منفی ناشی از فاجعه آمیزکردن احساسات بدنی می‌باشد؛ به عبارت دیگر مصرف مواد باعث کاهش اثرات حساسیت اضطرابی (Anxiety sensitivity) می‌شود (۸). حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است، که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با برانگیختن اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می‌ترسد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی، و بدنی منجر می‌شود (۹). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به طور منفی واکنش نشان می‌دهند، در حالی که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین اگرچه ممکن است این نشانه‌ها را به عنوان اموری ناخوشایند تجربه کنند، آما آنها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند (۱۰). به نظر می‌رسد که یکی دیگر از عوامل مهمی که می‌تواند در شروع و تداوم اعتیاد نقش داشته باشد، استرس ادراک شده (Perceived Stress) است (۱۱) که معمولا با هیجان‌های ناخوشایندی مثل خشم، اضطراب، غم، حسادت، و احساس گناه همراه است (۱۲). استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری و پاسخ جسمی، ذهنی، یا هیجانی است. استرس می‌تواند به وسیله هر عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد شود (۱۳). در واقع، ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به صورت یک تهدید درک شود (۱۴). انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی، و روان‌شناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند. بنابراین، ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و باور به این که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در بر خواهد داشت پایه روی آوردن به مصرف مواد است (۱۵).

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

مصرف‌کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستاصل‌کننده توصیف می‌کنند و برای کاهش این حالات هیجانی منفی از مواد استفاده می‌کنند؛ بنابراین، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری برای تعدیل عوامل استرس‌زا محسوب می‌شود (۱۶). اگرچه بیماری‌های روان سهم زیادی در ایجاد اعتیاد و عود آن دارند، اما برخی اختلالات جسمی درمان نشده نیز سهم قابل توجهی دارند. به‌خصوص بیماری‌هایی که با درد مزمن همراه می‌شوند، عدم درمان مناسب درد باعث خسته و درمانده شدن بیمار شده و در نهایت او را مستعد پذیرش سوء مصرف و وابستگی به مواد می‌نماید. اعتیاد مانند هر اختلال دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (۱۷).

طرحواره درمانی (Schema therapy) توسط یانگ (Young) و همکاران به وجود آمد، درمان نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی_ رفتاری (cognitive behavioral therapy) کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول، و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت (Gestalt)، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی (Psychoanalysis) را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. طرحواره درمانی درون‌مایه‌های روان-شناختی که عمیق‌ترین سطح شناخت به شمار می‌روند و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده شده‌اند، را در نظر قرار می‌دهد و با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی در مبارزه با طرحواره‌ها به بیماران کمک می‌کند. هدف اولیه این مدل درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی، افزایش کنترل هوشیارانه بر طرحواره‌ها، و هدف نهایی آن بهبود طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای یعنی جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد است. یکی از درمان‌های روان‌شناختی، طرحواره درمانی است که مطالعات متعددی اثربخشی آن را نشان داده‌اند. ارجمند قجور و اقبالی نشان دادند که طرحواره درمانی به طور معناداری در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت-آمفتامین مؤثر بوده است (۱۸). طرحواره درمانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک مؤثر می‌باشد. تاجیک‌زاده و همکاران (۱۹) نشان دادند که طرحواره درمانی، درمان مناسبی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد می‌باشد. کاپرون و همکاران (۲۰) ضمن پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود، همچنین حمیدپور و همکاران (۲۱-۲۲)، به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار علائم اضطرابی می‌گردد. همتی و همکاران (۲۳) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت‌درمانی گروهی بر استرس ادارک شده مراجعان زن نشان دادند که طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده زنان مؤثرتر است. یوسف‌زاده و همکاران (۲۴) عنوان داشتند که طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن مؤثر می‌باشد. حشمتی (۲۵) نشان داد طرحواره درمانی جهت کاهش و مدیریت درد مؤثر می‌باشد. همچنین، نتایج تحقیق رضایی و همکاران (۲۶) حاکی از آن بود که طرحواره درمانی روشی کارآمد در درمان افراد وابسته به مواد بود.

مواد و روش‌کار

این مطالعه به روش تجربی و به صورت پیش-آزمون، پس‌آزمون، و همراه با گروه کنترل انجام شد. طرحواره درمانی، متغیر مستقل یا تأثیرگذار و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اعتیاد، حساسیت

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

اضطرابی، استرس ادراک شده، و درد مزمن متغیرهای مطالعه بودند. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان معتاد به شیشه تحت درمان در کمپ رو به فردا شهرستان آزادشهر بود که تعداد آنها برابر با ۶۵ نفر بود؛ با توجه به جامعه مود مطالعه، حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. به هر کدام از گروه‌ها قبل از اعمال متغیر مستقل، پرسشنامه حساسیت اضطرابی، استرس ادراک شده، و درد مک گیل ارائه شد. سپس ۱۲ جلسه طرحواره درمانی بر گروه آزمایش اجرا شد؛ ولی گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. جلسات به مدت دو ساعت بود که به صورت هفته‌ای سه جلسه در نوبت صبح برگزار شد. سپس در پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل جهت ارزیابی نهایی مورد سنجش قرار گرفتند.

پرسشنامه درد مک‌گیل (McGill Pain Questionnaire)**:** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۵ توسط ملزاک (Melzack) ساخته شد. پرسشنامه درد مک گیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که برای اولین توسط ملزاک و بر ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برده‌اند مورد استفاده قرار گرفت (۲۷). نسخه اصلاح شده پرسشنامه درد مک‌گیل نیز توسط ملزاک و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه بکار گرفته شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک، و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. برای نمونه خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده‌دل (۲۸) در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ ، و آلفای کرونباخ هر چهار مولفه آن را بالای۰/۸۰گزارش نمودند.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Questionnaire)**:** پرسشنامه حساسیت اضطرابی یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است که ۱۶ گویه دارد و بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه-های اضطرابی، با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. فلوید، گارفیلد، و مارکز (۲۹) اعلام کردند که ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ نشان داده است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است (۳۰).

مقیاس تنیدگی ادراک شده (Perceived Stress Scale)**:** مقیاس تنیدگی ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن (Cohen)، کمارک (Kamarak) و مرملستین (Marmalstein) ساخته شده است این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد، و خیلی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

زیاد) پاسخ داده شد، این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ گرفتند. مقیاس تنیدگی ادراک شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی و ب) خرده مقیاس ادراک شده مثبت از تنیدگی را در بر می‌گیرد. مقیاس تنیدگی ادراک شده زمانی بکار می‌آید که مشخص شود موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خود فرد تنیدگی - زاست. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است. مقیاس تنیدگی ادراک شده به‌طور معنی‌داری با رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی، و رضایت از زندگی پایین همبسته می‌باشد.

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی (۲٤)

جلسات درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	آشنایی با فرد، انجام توافق‌های لازم، ایجاد انگیزه برای درمان، آموزش مفهوم طرحواره، نحوه تکمیل پرسشنامه طرحواره و دیگر پرسشنامه‌ها برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه، و فرآهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با سوء مصرف مواد، فرآیندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد بین دو طرف، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افرد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن فرد با سبک‌های مقابله‌ای و بررسی انواع آن، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با هر فرد، جمع-آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای فرد، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگو بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
جلسه دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در فرد، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

یافته‌ها

از بین ۳۰ پاسخگوی شرکت‌کننده در این پژوهش، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از نظر سن ۳۶/۴ درصد پاسخگویان بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۵۱/۵ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال بودند. شغل ۶۴/۶ درصد پاسخگویان خانه‌دار و ۳۹/۲ درصد پاسخگویان آزاد بودند. محاسبه شاخص‌های پراکندگی و مرکزی متغیرهای تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر های حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده و درد مزمن

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	کنترل	۳۱/۴۰	۱۰/۶۱	۳۱/۱۳	۱۰/۶۰
	آزمایش	۳۲/۶۶	۱۰/۳۳	۲۴/۰۶	۵/۶۴
استرس ادراک شده	کنترل	۹/۰۶	۳/۷۶	۹/۴۰	۳/۶۹
	آزمایش	۱۰/۹۳	۳/۶۱	۵/۲۶	۱/۷۵
درد مزمن	کنترل	۸/۷۳	۳/۵۳	۸/۹۳	۳/۵۳
	آزمایش	۸/۹۳	۳/۴۱	۵/۳۳	۱/۲۴

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش بین گروه آزمایش و کنترل تقریبا باهم برابر است. در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش کاهش چشمگیر داشته است. استفاده از تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هاست که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو_ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو_ویلک از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه (آزمایش و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون لوین در مرحله پس آزمون برای متغیرهای حساسیت اضطرابی (F=۰/۷۵۵، P=۰/۳۹)، استرس ادراک شده (F=۱/۹۲۵، P=۰/۱۷)، و درد مزمن (F=۳/۹۲۵، P=۰/۰۸) معنادار نیست؛ در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. نتایج آزمون ام.باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) برای متغیرهای پژوهش (M Boxs=۷/۸۴۲؛ P=۰/۰۰۱) مورد تایید قرار گرفت. بنابراین، می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر حداقل یکی از متغیرهای پژوهش تأثیر معنادار داشته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی

منبع واریانس	متغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه (تأثیر طرحواره درمانی)	مشاهده اضطراب توسط دیگران	۷۰/۷۳۴	۱	۱۲/۸۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۹۱
	ترس از تنفس	۳۲/۳۹۳	۱	۴/۴۲۶	۰/۰۴۸	۰/۱۸۱
	ترس از نشانه‌های قلبی	۲۵/۵۰۲	۱	۵/۳۰۷	۰/۰۳۲	۰/۲۱۰

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

ترس از نداشتن کنترل شناختی	۳۹/۶۴۵	۱	۹/۰۹۷	۰/۰۰۷	۰/۳۱۳

بر اساس اطلاعات جدول فوق، در مورد تأثیر گروه (اثر طرحواره درمانی)، مقدار f با درجه آزادی ۱ و ۲۶ برای هر چهار متغیر وابسته: مشاهده اضطراب توسط دیگران و ترس از تنفس، نشانه‌های قلبی، و نداشتن کنترل شناختی، معنادار (sig<۰/۰۵) بود. با توجه به ضریب اتا، می‌توان گفت که ۳۹ درصد از ترس مشاهده اضطراب توسط دیگران، ۱۸ درصد ترس از تنفس، ۲۱ درصد ترس از نشانه‌های قلبی، و ۳۱ درصد ترس از نداشتن کنترل شناختی توسط طرحواره درمانی تبیین می‌شود.

جدول ٤: تحلیل کواریانس تک متغیری خرده مقیاس‌های ادراک شده

منبع واریانس	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه تأثیر طرحواره درمانی	استرس ادراک شده مثبت	۱۷۶/۵۸۶	۱	۲۷/۵۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۴
	استرس ادارک شده منفی	۱۲۷/۹۱۰	۱	۲۳/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷۰

بر اساس اطلاعات جدول فوق، در مورد تأثیر گروه (اثر طرحواره درمانی)، مقدار f با درجه آزادی ۱ و ۲۶ برای هر دو متغیر وابسته (استرس ادراک شده مثبت و منفی) معنادار (sig<۰/۰۱) است. با توجه به ضریب اتا، می‌توان گفت که ۵۱ درصد از استرس ادراک شده مثبت و ۴۷ درصد از استرس ادراک شده منفی توسط طرحواره درمانی تبیین می‌شود.

جدول ٥: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری خرده مقیاس‌های درد مزمن

منبع واریانس	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه اثر طرحواره درمانی	درد مزمن نوروپاتیک	۱۱۴/۹۹۶	۱	۹/۶۳۰	۰/۰۰۵	۰/۲۹۵
	درد مزمن حسی	۱۳۵/۷۵۷	۱	۷/۲۲۹	۰/۰۱۳	۰/۲۳۹
	درد مزمن عاطفی	۱۱۱/۴۶۱	۱	۱۷/۴۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳۱

بر اساس اطلاعات جدول فوق، در مورد تأثیر گروه (اثر طرحواره درمانی)، مقدار f با درجه آزادی ۱ و ۲۳ برای هر سه متغیر وابسته: (دردهای مزمن نوروپاتیک، حسی، و عاطفی) معنادار (sig<۰/۰۵) است. با توجه به ضریب اتا، می‌توان گفت که ۲۹ درصد از درد مزمن نوروپاتیک، ۲۳ درصد از درد مزمن حسی، و ۴۳ درصد از درد عاطفی توسط طرحواره درمانی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان معتاد مبتلا به درد مزمن انجام شد. نتایج پژوهش، حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حساسیت اضطرابی، استرس ادراک شده، میزان تمایل به اعتیاد، و درد مزمن زنان معتاد بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های بال و همکاران (۳۱) که بر اثربخش

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

بودن طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه تاکید می‌کنند، همسو است. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش تمایل به اعتیاد زنان معتاد مؤثر است، در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌ها و شکل‌گیری روان‌بنه‌های فرد مؤثر بوده و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورد، بنابراین اعتیاد به عنوان یکی از آسیب‌هایی که قادر است تأثیر مهمی بر رابطه فرد با خود و دیگران داشته باشد، می‌تواند بر پایه این بنیادهای ناکارآمد شکل گیرد و سازمان یابد. طرحواره‌ها می‌توانند در برنامه درمان برای مصرف مواد مورد هدف قرار گیرند، چرا که فرض بر آن است که این طرحواره‌ها ممکن است نوسعه و نگهداری مواد را تحت تأثیر قرار دهند (۳۲). از این رو، به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با توجه به اینکه متمرکز بر درمان و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه است، بتواند درمان مناسبی جهت اختلالات اعتیادی باشد (۱۹). یانگ مطرح کرد طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با سوءمصرف مواد ارتباط داشته باشند (۳۴). نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان معتاد مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های استوارت و همکاران (۳۵)، ملکی و همکاران (۳۳)، جعفری، پویامنش و همکاران (۳۶) همخوانی دارد. نتایج پژوهش ریجک بیر و دبو (Rijkeboer & Deboo) (۳۷) نشان داد که طرحواره درمانی در درمان اضطراب مؤثر است، همچنین هاواک (۳۸) معتقد است طرحواره درمانی می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی در دمان اختلالات اضطرابی و فراتر از آن، اختلالات شخصیت مفید واقع شود. در تبیین این یافته، می‌توان بیان داشت که افراد با سطوح بالای حساسیت اضطرابی موقعیت‌های تنش‌زا را به وسیله احساسات و افکار خود به صورت افراطی دریافت می‌کنند. آنها در موقعیت‌های پر تنش دچار حالت فزون آمادگی می‌شوند که پاسخ اضطرابی شدید را در پی دارد و این روند با گذشت زمان توجه به منابع خطر را محدود می‌کند و منتج به ارزیابی افراطی طرحواره شناختی، یعنی حساسیت اضطرابی که از قبل وجود داشته است، می‌گردد. در این زمان به نشانگان اضطرابی (بدنی، شناختی، و اجتماعی) گوش به زنگ می‌شود و اضطراب به صورت مزمن در می‌آید. فرد برای گریز از این وضعیت هیجانی رنج‌آور دست به مقابله می‌زند و از آنجا که منابع شناختی محدود شده به رفتارهایی جهت تعدیل و سازگاری با هیجانات منفی روی می‌آورد که مصرف مواد از آن جمله است (۳۹). طرحواره درمانی، درمانی یکپارچه و جدید است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارد و برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مانند اضطراب و افسردگی تدوین شده است. نتایج پژوهش‌های بسیاری اثربخشی آن را در بهبود اختلالات اضطرابی و افسردگی به اثبات رسانده است، بنابراین می‌تواند روش مناسبی برای کاهش حساسیت اضطرابی به شمار رود. نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش استرس ادراک شده زنان معتاد مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های همتی ثابت و همکاران (۲۳) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فشار روانی و هیجانات منفی و مثبت ویژگی اساسی در برانگیختگی سوء مصرف مواد هستند. بر اساس نظریه یانگ (۴۰) هرچه استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از محیط پیرامون افزایش یابد، می‌تواند نتایج و عکس‌العمل‌های زیادی را در پی داشته باشد و فرد به خاطر کاهش این استرس‌ها دست به کارهایی می‌زند که

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

مصرف مواد از آن جمله است. بنابراین، مدیریت فشار روانی و هیجانات منفی و مثبت و کنار آمدن با آن می‌تواند ضربه‌گیر رفتارهای مصرف مواد باشد. مک کالی و همکاران (۲۸) بیان کردند که یکی از درمان‌هایی که در زمینه کاهش استرس ادراک شده به کار برده می‌شود، طرحواره درمانی است. تکنیک‌های طرحواره درمانی بر هیجانات متمرکز است این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، زمینه را برای بهبود مهیا سازد. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش درد مزمن زنان معتاد مؤثر است. ساری آهو و همکاران (۴۱) در پژوهشی بیان داشتند که طرحواره درمانی یکی از ابزارهای کاهش درد مزمن و کاهش ناتوانی ناشی از درد در انسان است. تجربه درد و آسیب باعث فعال شدن آسیب‌پذیری‌های شخصیتی و یا طرحواره‌های ناسازگار درباره خود، جهان، و آینده می‌شود که این طرحواره‌ها خود از تجارب ابتدایی زندگی نشات می‌گیرند (۲۰). یانگ در ۱۹۹۹ بیان کرده است که طرحواره درمانی در این افراد مؤثر است؛ بنابراین فنون طرحواره محور می‌تواند به‌منظور جلوگیری از درد مزمن به کار گرفته شود. کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تمایل به اعتیاد، حساسیت اضطرابی، استرس ادراک شده، و درد مزمن از هدف‌های این پژوهش بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش این موارد موفق بوده است و نمرات آزمودنی‌ها در آنها کاهش داشته است. به طور کلی، این پژوهش نشان داد که تمام مولفه‌های فوق در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد نقش عمده‌ای دارد. بنابراین، بهتر است در مراکز پیشگیری و درمان وابستگی به مواد، مورد توجه قرار گرفته و مداخلاتی بر اساس آن‌ها انجام گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که این پژوهش تنها بر زنان معتاد به شیشه در شهرستان آزادشهر انجام شد که لازم است در تعمیم یافته‌های به دست آمده با احتیاط عمل کرد. انجام مطالعات گسترده‌تر بر گروه‌های نمونه مختلف از جمله مردان و مصرف‌کنندگان سایر مواد مخدر می‌تواند بر دقت نتایج به دست‌آمده بیافزاید.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی

این مقاله، برگرفته از پایان نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی با کد ۳۰/۴/۲۵۸۷ است. در این پژوهش، سایر ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری، و محرمانه ماندن اطلاعات نیز در نظر گرفته شده است.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند که از کلیه افراد مشارکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

1. Xie H, substance Abuse Relapse in a Ten-year prospective follow- up of clients with Mental and substance use Disorders. Psyc Serv, 2015;56(10):1282-7.
2. Martin P, Weinberg BA, Bealer BK. Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment. Joh Wil & Sns; 2007.
3. Oranges Rfiei H, Baghestani R, Nouri R, Ghafouri B, & Soleimani L. Rapid assessment of the situation of substance abuse in the country. Substance Abuse Research Center, University of Welfare and Rehabilitation. 2017.
4. Knowledge P, Maleki A, Niazi Z. Background theory on the causes of addiction of addicted women imprisoned in Isfahan Central Prison. J Soci-Cult Dev Stud. 2013;1(4):125-45.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

5. Grossi S, Mohammadi Dolatabadi Kh. Explain the lived experience of women addicted to the phenomenon of addiction. J Soci of Wom. 2011.
6. Naghizadeh M, Rezaei Z, Zarei F, Firoozi E, Ahmadi D. Pattern of illegal use of drug in substance abuse control clinic of Fasa, Iran (2009-2011). J Fasa Univ Med Sci;2013;3(4):305-11.
7. Myers B, Carney T, Wechsberg W. Not on the agenda: A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. Int J Drug Policy, 2016;30(1):52-8.
8. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Routledge. 2014.
9. Deacon B, Abramovitz,T, Woods M, Tolin D. The Anxiety sensitivity index-revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. Beh Res, 2003;41(1):1427-49.
10. Hall L, Goldstein D, Abramovtz C, calamari E, Kosson D. Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. Beh Res, 2014; 42(1):697-710.
11. Salmabadi M, Salimi Bejestani H, Khayami Abiz H, Javan R. The contribution of the dimensions of academic burnout, resilience and perceived stress in predicting students' tendency to addiction. J Addic Res Addic, 2015;33(1):17-29.
12. Lazarus S. Emotion and adaptation. New York: Oxford university press. 1991.
13. Morrow R. Measurement and evaluation in human performance: Human Kinetics. 2011.
14. Clark D. The Relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in Close-Security and Medium-Security-Level Institutions. Unpublished dissertation, Degree of Doctor philosophy. Psychology. Walden University. 2010.
15. Samoei R, Ebrahimi A, Mousavi Gh, Hassanzadeh A, & Rafiei S. Pattern of coping with stress in self-reported addicts: Isfahan Addiction Center. J Thou & Beh, 2018;6(2):63-9.
16. Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harv revi of psy, 2017;4(5):231-44.
17. Safari Hajatabadi S, Kamali O, Dehghani Firoozabadi S, Isfahani M. Meta-analysis of comparison of individual and environmental factors affecting relapse to addiction after quitting drugs. Addic Res, 2014;8(30): 37-51.
18. Seyed Asyaban S, Askari P. Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with stimulant substance abuse. J Addic Res Addic, 2016;1(40):36-42.
19. Tajikzadeh F, Theoretical Q, & Afshar R. Determining the effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas in men treated with methadone maintenance. J Perso & Indi Diff, 2015;4(7):75-97.
20. Capron D, Kotov R, & Schmidt N. A crosscultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. Psy Res. 2013;205(1-2):74-8.
21. Hamidpoor H. Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder. University of Behzisti Sciences and Rehabilitation. 2009.
22. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Irn J Psy & Cli Psy. 2011;16(4):420-31.
23. Hemmati Sabet A, Nawabi Nejad Sh, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of schema therapy and group cognitive therapy on depression, anxiety and perceived stress in female clients of Hamadan Health Center. J Cog Psy,2016;1(4):12-25.
24. Yousefzadeh M, Taher Neshat Doost H. The effectiveness of schema therapy on reducing maladaptive schemas in patients with chronic low back pain in Tehran: A two-month follow-up. J Cog & Beh Sci Res, 2017;7(2):69-82.
25. Heshmati R. Predicting chronic pain based on early maladaptive schemas. J Anes & Pain, 2015;4(1):227-49.
26. Rezaei M, Hosseinzadeh H, Dolatshahi B, Masafi S, Jafari F. Identify early maladaptive schemas in opioid-dependent and non-opioid individuals. Spe Iss on Addic Stu, 2011;12(5):50-9.
27. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain. 1975;1(3):277-99.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

28. Mack S, & Shan M. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. Tehran Univ Med J. 2013;71 (1):53-8.
29. Floyd M, Garfield A, & Marcus, T. Anxiety sensitivity and worry. Perso & Indi Diff, 2005;38(1):1223-9.
30. Shahjoei T. A comparative study of uncertainty intolerance and anxiety sensitivity in people with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and normal people in Tabriz. Tabriz University. 2010.
31. Boall A, Maccarelli M, LaPaglia D. & Ostrowski M. Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. J Nerv Ment Dis, 2011;1199,5, 319- 28.
32. Young J. Ognitve therapy or personality disorders: A schema focused approach. Sarasota, EL: Professional Resource Exchange. 2018.
33. Maleki Z, Naderi O, Ashuri J, & Zahedi U. The effect of schema therapy on reducing the symptoms of anxiety disorders and depression in nursing and midwifery students. J of Med Edu Stu & Dev. 2015;10(1):47-56.
34. Roper L, Dickson M, Tinwell C, Boot G, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associatedwith a brief residential abstinence program. Cog Ther Res. 2010;34(3):207-215.
35. Stewart H, Conrod P, Gganc M, Phil O. Selective processing biases in anxiety sensitivity men and women. Cog & Emo. 1998;12(1): 105-33.
36. Jafari A, Pouyamanesh J, Kabiri M. The effectiveness of schema therapy in modulating early maladaptive schemas and reducing anxiety sensitivity in students. Edu & Eva Qua, 2013;6(24):79-91.
37. Rijkeboer M, & Deboo G. Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the Schema Inventory for Children. JBTEP. 2010;41(2):102-9.
38. Hawke D, Provencher M. Schema Theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. J Cog Psych. 2011;25: 257-76.
39. Dabaghi P, Fahimi P, Piety A, Rahim Khanli M. A comparative study of anxiety sensitivity and emotion regulation in drug addicts and healthy individuals. Ibn Sina Scientific Research Quarterly. NAJA Department of Health, Relief and Treatment, 2015.
40. Young E. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focusedapproach. Sarasota, F.L: Professional Resource Press. 1990.
41. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. Scand J Pain. 2010;1(4):196-202.
42. Pincus T, Williams A. Models and measurements of depression in chronic pain. J Psycho. 1999;1(3):111-26.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]

Original paper

The effectiveness of schema therapy on anxiety sensitivity and perceived stress in women with chronic pain

Seyed Mojtaba Aghili[1*], Monireh Sobhanifard[2], Arezou Asghari[3], Mitra Namazi[4]

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran, dr_aghili1398@yahoo.com, 0000-0002-0523-2981

2- MSc. of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran, Sobhanifard_m2021@gmail.com, 0000-0003-2415-3751

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kowsar University, Bojnourd, Bojnourd, Iran, azasghari@gmail.com, 0000-0003-2011-0699

4- MSc. of Clinical Psychology Shahroud University of Science and Research, Semnan, Iran, mitra_namazi@yahoo.com, 0000-0003-0235-3124

Abstract

Background and Aim: Nowadays, drug dependence is one of the most important public health problems in society. This study aimed to evaluate the effectiveness of schema therapy on anxiety sensitivity and perceived stress of addicted women with chronic pain.

Materials & Methods: The research method of this study is experimental and pre-test, post-test and with a control group. The statistical population (65 people) included all women addicted to crystal living in the camp facing tomorrow in Azadshahr city in the first six months of 2018, from which 30 people were selected by random sampling and divided into experimental and control groups. The research instruments include; anxiety sensitivity, perceived stress and chronic pain questionnaire. Twelve sessions of schema therapy were performed on the experimental group but the control group did not receive treatment. Univariate analysis of covariance and uniform analysis of variance were used to analyze the data.

Results: Statistical findings showed that the mean anxiety sensitivity in the experimental group was 10.33±32.66 before the intervention and 5.64±24.06 after the intervention; Perceived stress before the intervention was 3.61±10.93 and after the intervention was 1.75±5.26, and the mean of chronic pain before the intervention was 3.41±8.93 and after the intervention was 1.24±5.33. This difference was statistically significant between the research variables ($p<0.05$).

Conclusion: Schema therapy leads to reduced anxiety sensitivity, perceived stress and chronic pain in addicted women with chronic pain.

Keywords: Schema therapy, Addiction, Chronic pain, Anxiety, Stress disorders

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-10]